Rok LII. Kraków, dnia 13. grudnia 1913. Nr 50.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

## CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Z pracowni rentgenologicznej kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski).**

## O sposobie skupiania promieni Roentgena na wspólnem polu dla celów leczniczych i rozpoznawczych.

Podał

**Dr Karol Mayer.**

Leczenie zapomocą radu i promieni Roentgena nabiera coraz większego znaczenia we wszystkich niemal gałęziach medycyny. Z powodu wysokiej ceny radu istnieje dążność zastąpienia go tańszemi ciałami promieniotwórczemi oraz promieniami Roentgena [1]). Wiadomo, że z promieni ciał promieniotwórczych wchodzą w leczeniu w rachubę głównie promienie »γ«, które pod wielu względami są niezmiernie podobne do bardzo twardych promieni Roentgena; wielu poważnych badaczy twierdzi, że promienie »γ« nie są niczem innem, jak promieniami Roentgena i w literaturze najnowszej uciera się zwyczaj oznaczania promieni Roentgena nie przez »X«, ale przez »γ«. Na ostatnim Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Wiedniu twierdzili niektórzy klinicyści, że przy leczeniu promieniami Roentgena miewają te same wyniki, co przy leczeniu radem, jeżeli starają się, aby »promienie Roentgena były jak najbardziej podobne do promieni radu« (Prof. Sellheim). Osiąga się to przez użycie jak największej ilości promieni — jak najtwardszych. Wobec tego zakres stosowania takich promieni, używanych dotychczas najczęściej przez ginekologów, rozszerzyłby się znacznie.

Najtwardsza lampa rentgenowska wydaje promienie o twardości 10 We., które stają się jeszcze twardszymi za pomocą przefiltrowania n. p. przez glin (aluminium), grubości co najwyżej 2 do 4 mm. Grubszych filtrów niepodobna użyć, jak to jest pożądanem, ogólna bowiem ilość promieni Roentgena, przefiltrowanych przez filtry grubsze niż 2—4 mm, ulega tak znacznemu zmniejszeniu, że za ich pomocą nie można osiągnąć żadnych wyników leczniczych. To też rentgenologowie słusznie twierdzą, że skupienie promieni Roentgena, tak jak się to osiąga zapomocą soczewek przy promieniach świetlnych, stanowi problem, którego rozwiązanie miałoby dla leczenia znaczenie doniosłe [2]). Wówczas bowiem możnaby owe nieliczne promienie, które przedostały się przez filtry grubsze, skupić na mniejsze pole i przez to spotęgować ich działanie. Niżej podany sposób umożliwia p o d o b n e skupienie promieni Roentgena na danem polu; promienie te skupiają się tutaj, nie jak promienie świetlne zapomocą soczewki, ale na zasadzie innego zjawiska optycznego, co jednak z punktu widzenia leczniczego jest rzeczą poboczną, byle wynik był ten sam. Przedstawimy sposób ten w zastosowaniu naprzód dla celów rentgenografii i rentgenoskopii.

Jeżeli ustawimy na jednej linii prostej dwa źródła światła *5* i *6* (fig. 2.) jedno poza drugiem, a naprzeciw nich przedmiot *10*, i zasłonę *11*, to na tej ostatniej powstają dwa cienie, które się nawzajem symetrycznie nakrywają. Przytem cień *8* przedmiotu *10*, rzucony przez tylne źródło *6*, jest nieco mniejszy niż cień *9*, rzucony przez przednie źródło; różnica jednak wielkości tych dwóch cieniów jest przy odpowiedniem oddaleniu obu źródeł świetlnych od przedmiotu *10* znikająco mała i wynosi zaledwie nieznaczny ułamek jednego milimetra. To też cień, w ten sposób powstały, wygląda tak, jakby go wytwarzało tylko jedno, ale dwa razy, względnie więcej razy (zależnie od ilości źródeł światła) silniejsze źródło świetlne, i właśnie to zjawisko optyczne daje się zastosować także do promieni Roentgena.

Ustawmy mianowicie tuż poza lampą, zwyczajnie przygotowaną do prześwietlenia, drugą lampę (fig. 1.) mniej więcej tej samej twardości, co przednia. Przednie powierzchnie ich antykatod muszą być do siebie równoległe, zwrócone obie w tym samym kierunku i ustawione na tym samym poziomie, tak jak wskazuje schematyczny rysunek (fig. 1.). Innemi słowy, centruje się tylną antykatodę *6* do przedniej *5* podobnie, jak się to zwykle wykonywa przy centrowaniu antykatody do pewnego punktu przy zwyczajnych zdjęciach. Końce kabli induktora łączymy w sposób zwykły zamiast z jedną lampą, z obiema lampami za pomocą dwóch par przewodników i przepuszczamy dwa razy więcej prądu wtórnego, niż zwykle przez jedną lampę. Dla sprawdzenia dobrego scentrowania tylnej lampy, pożądane jest kierowanie się tem, czy cień antykatody przedniej lampy, jeszcze nie połączonej z induktorem, pada dokładnie na środek części

[1]) Porówn. Münchener med. Wochschft. 18. XI. 1913. »Ueber die praktische Identität von Radium und Röntgenstrahlen«.

[2]) H. E. Schmidt. Komp. d. Röntgen-Therapie, wyd. trzecie 1913. str. 228.

fluoryzującej ekranu przy zwężonej przegrodzie (blendzie), kiedy tylko tylną lampę połączy się z induktorem. Przednia lampa nie powinna mieć na tylnej ścianie części metalowych (regeneratorów) albo tylko w formie bardzo małej. Jeżeli w ten sposób prześwietlimy przedmioty niezbyt duże n. p. dłoń, to poza silniejszą fluorescencyą ekranu cień tego przedmiotu nie różni się co do ostrych konturów od cienia, otrzymanego przy prześwietlaniu tylko jedną lampą. Przedmioty większej objętości, n. p. klatkę piersiową, należy ze względów niżej objaśnionych prześwietlać z odległości dwóch metrów od lampy (telerentgenografia).

Oczywiście promienie tylnej lampy, przefiltrowane przez szkło przedniej lampy, tracą pewien procent ze swego natężenia. Jeżeli tylna ściana i przednia lampy przedniej są razem grube 1 mm, to wedle obliczeń prof. Waltera 1 mm szkła przepuszcza 35 procent natężenia promieni przy twardości lampy 5 B. W. Im twardsze promienie, tem mniej tracą na natężeniu z powodu większej przenikliwości. Ale także promienie miękkie przenikną w znacznie większej ilości, jeżeli użyjemy lamp z okienkami Lindenmanna, skoro wedle obliczeń Waltera kawałek szkła lindenmannowskiego przepuszcza tak dobrze promienie Roentgena, jak piąta część jego grubości zwyczajnego szkła.

Najdogodniej jednak jest umieścić obie antykatody w obrębie jednej tylko lampy (fig. 3.); wówczas poza jedną ścianą lampy nic nie stracimy z natężenia promieniowania tylnej antykatody *6*, która nadto, bliżej umieszczona do przedniej 5, sprawia, że różnica nakrywających się cieniów jest jeszcze mniejsza. Podobnie jak dla naszego celu przedstawionej lampy na schematycznym rysunku (fig. 3.) ustawiono poza sobą dwie antykatody, tak samo można ich umieścić więcej w najrozmaitszych typach lamp i naodwrót lampy z wieloma antykatodami można używać jako lampy słabszej z jedną antykatodą, jeżeli tylko jedną antykatodę połączymy ze źródłem elektryczności. W ten sposób udaje się największe natężenie promieni Roentgena, jakie dotychczas którąkolwiek lampą osiągano, jeszcze więcej razy pomnożyć.

Dla celów leczniczych należy taką lampę tak ustawić, aby promień główny lampy nie padł na miejsce, przeznaczone do naświetlania, w okolicy bowiem tego promienia są wyłączone promienie z tylnej antykatody z tego powodu, że metal przedniej antykatody staje im na przeszkodzie. Na ekranie powoduje to w środku słabiej świecące miejsce o konturach przedniej antykatody.

Dla rentgenoskopii i rentgenografii miejsce to należy nastawić na tę część przedmiotu, która przy oglądaniu nie wchodzi w rachubę, n. p. na kręgosłup przy badaniu płuc i serca; dla płuc i serca też sposób powyższy przedewszystkiem jest pożądany w telerentgenografii i zdjęciach momentalnych, gdzie potrzeba jak największego natężenia promieni.

Następujące obliczenie wykazuje, w jakiej odległości należy ustawić obie antykatody od przedmiotu, aby jego cień nie okazywał podwójnych konturów.

Na rysunku fig. 4. naznaczmy

$r_1$ = odległość przedniej antykatody od płyty fotograficznej lub ekranu E;

$r_2$ = odległość tylnej antykatody od płyty fotograficznej, lub ekranu E;

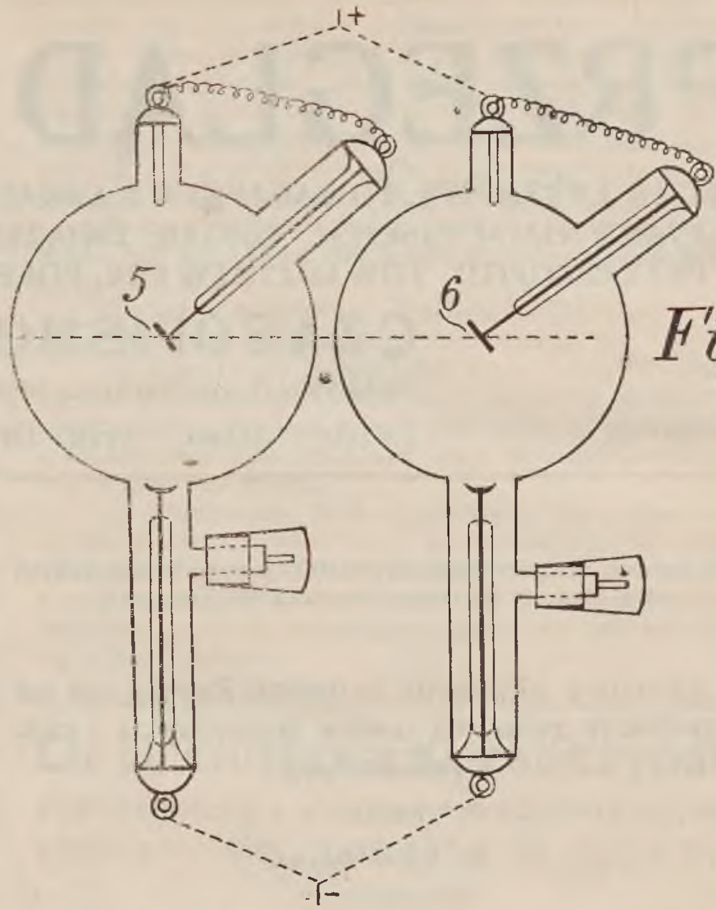
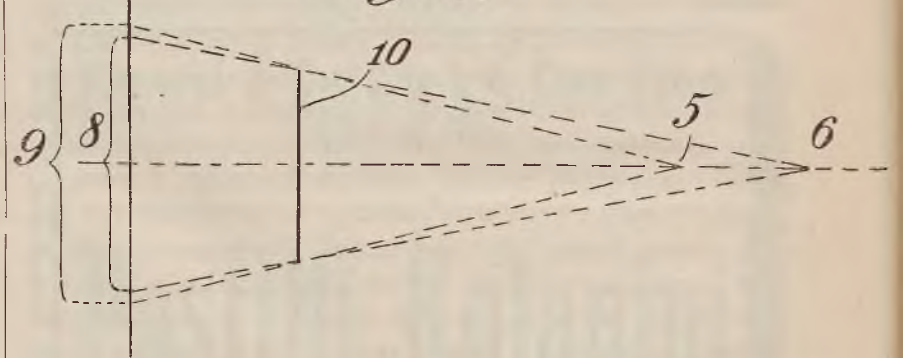



*Fig.1.*

*Fig.2.*




a = odległość przedmiotu A. B., przeznaczonego do prześwietlania, od płyty fotograficznej E;

b = odległość punktu końcowego B. przedmiotu od promienia głównego;

x = powiększenie cienia wskutek rozbieżności promieni, wychodzących z przedniej antykatody $f_1$;

y = powiększenie cienia, spowodowane rozbieżnością promieni, wychodzących z tylnej antykatody $f_2$;

Z podobieństwa trójkątów $Hf_1G \backsim Jf_1B$ i $Hf_2D \backsim Jf_2B$ B wynika, że:

$$r_1 : (r_1 - a) = (b + x) : b$$

$$x = b \frac{r_1}{r_1 - a} - b$$

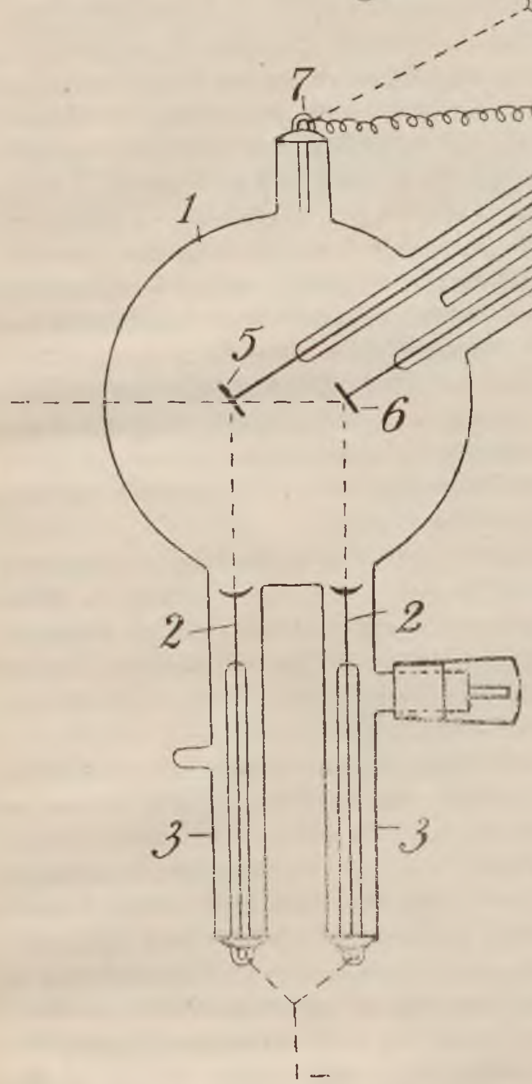
$$r_2 : (r_2 - a) = (b + y) : b$$

$$y = b \frac{r_2}{r_2 - a} - b$$

$$x - y = b \frac{r_1}{r_1 - a} - b \frac{r_2}{r_2 - a}$$

Również x — y wyraża wielkość różnicy nakrywających się cieniów, a tem samem przyczynę podwójnych kon-

Fig. 3



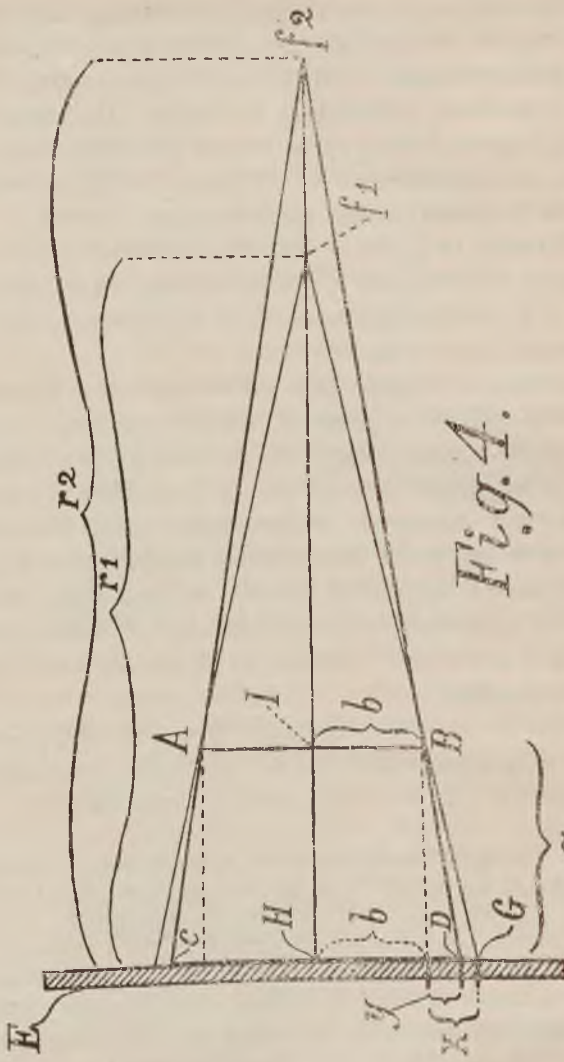




Fig. 4.

turów obrazu cienistego przedmiotu A B. Podstawmy w tem ostatniem równaniu za:

$r_1 = 192$ cm
$r_2 = 200$ cm
$a = 7$ cm
$b = 10$ cm

to otrzymamy $x - y = 0{\cdot}1$ mm. Jeżeli przeto tylna antykatoda znajduje się w odległości dwóch metrów od ekranu, to różnica nakrywających się cieniów wynosi zaledwie dziesiątą część jednego milimetra.

Podnieść jeszcze należy to, że podwójne symetryczne kontury, jakie się otrzymuje przez znaczne zbliżenie antykatod do przedmiotu przedstawiają w pewnych przypadkach korzyść, ważne bowiem szczegóły obrazu zostają niejako przez to podkreślone i wybitniej uwydatnione.

W powyższem obliczeniu podstawione są liczby, jakie wchodzą w rachubę przy prześwietlaniu klatki piersiowej. Przedmioty mniejszej objętości można prześwietlać z mniejszej objętości niż 2 m. odległości, ponieważ w powyższem równaniu:

$$x - y = b \cdot \frac{r_1}{r_1 - a} - b \frac{r_2}{r_2 - a}$$

widzimy, że ze zmniejszeniem się *a* i *b*, t. j. odległości przedmiotu od ekranu (= zarazem wymiar przedmiotu prostopadły do ekranu) i odległości punktu krańcowego przedmiotu od promienia głównego, można $r_1$ i $r_2$ = odległość antykatod od ekranu także zmniejszyć bez zmiany konturów, wyrażonych przez x — y.

Co się tyczy zastosowania powyższego sposobu ustawiania antykatod do filtrowania promieni, to jeżeli glin gruby n. p. 5 mm, przepuszcza pewien rodzaj promieni twardych z jednej antykatody w ilości *n*, to oczywiście również i z drugiej antykatody ten sam rodzaj promieni przejdzie też w ilości *n*, czyli na wspólnem polu skupimy w ten sposób $2n = 2$ razy więcej tych promieni, a z większej ilości n. p. *m* antykatody otrzymamy $m \times n$ promieni na tem polu. Należy jednak pamiętać, by ustawić lampę nieco skośnie do pola, danego do naświetlania, aby — jak wyżej objaśniliśmy, — promień główny lampy nie padł na to pole.

## Przypadek przewlekłego zatrucia azotanem bizmutu ze zmianami w morfologicznym obrazie krwi

podał
**Dr Adolf Edelmann** (Karlsbad).

Jak wiadomo, można podawać wewnętrznie 10—12 gr. azotanu bizmutu na dawkę, jak to poleca Fleiner przy

wrzodzie okrągłym żołądka, a nawet 30 gr. na dzień bez szkody dla chorego, nierozpuszczalne bowiem sole bizmutu wcale się nie wchłaniają przez zdrową błonę śluzową przewodu pokarmowego. Tam jednakże, gdzie zetknie się sól z błoną śluzową pozbawioną nabłonka lub z pozbawioną naskórka powierzchnią ciała, tam za pośrednictwem siarkowodoru śródkomórkowo i śródnaczyniowo zostaje uwolniony bizmut [1]) i wessany może wywołać ostre zatrucie.

Zatrucie to podobne jest do podostrego zatrucia rtęcią, a objawia się zapaleniem błony śluzowej ust, wiodącem do owrzodzeń, — owrzodzeniami w jelicie grubem, wreszcie zajęciem nerek (glomerulo-nephritis).

Jakschowi [2]) znany jest jeden zaledwie przypadek zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zatrucia bizmutem. W późniejszem piśmiennictwie znalazłem jeszcze dwa przypadki, jeden opisany przez Kölna [3]), drugi przez Schachego [4]). Oba zatrucia wystąpiły po zewnętrznem zastosowaniu bizmutu przy oparzeniu (na większej przestrzeni ciała), a zejście śmiertelne nastąpiło z powodu ostrego zapalenia nerek.

Tak przedstawia się rzecz co do ostrego zatrucia bizmutem. Przewlekłego zatrucia, o ile mi wiadomo, dotychczas nie opisano.

Miałem sposobność spostrzegać przewlekłe zatrucie bizmutem u chorej, która przez cztery lata zażywała zasadowy azotan bizmutu (magisterium bismuthi).

A. C. 19-letnia krawczyni, zgłosiła się do mnie, podając, że od lat czterech cierpi na wrzód żołądka i że z tego powodu została wysłana do Karlsbadu. Pomijając inne szczegóły badania [5]), przystąpię do rzeczy, która nas tutaj zajmuje. Przy badaniu chorej zwróciło moją uwagę szaro-brudne zabarwienie twarzy z lekkim metalicznym połyskiem, obraz, zbliżony nieco do srebrzycy — rozszerzone źrenice, oddziałujące jednak na światło, rąbek czarny na dziąsłach i u podstawy zębów i wreszcie zwolnienie tętna do 60 uderzeń na minutę pomimo Sternowskiego typu chorej, wole, lekkie wysadzenie oczu, drżenie rąk, skłonność do potów, lękliwość; zbiór objawów, które składają się na chorobę Basedowa Sterna. To spostrzeżenie nasunęło mi na myśl, że mam przed sobą przypadek zatrucia. Z ołowiem nie miała chora nic do czynienia. Owo czarne zabarwienie dziąseł i zębów, które zauważyła i starała się różnymi środkami usunąć, powstało w ostatnich dwóch latach. Dalsze wywiady wykazały, że w czasie obecnej choroby zażywała chora dużo leków, na które kilkadziesiąt recept różnych lekarzy mi przyniosła. Wsządzie przepisany był azotan bizmutu. To rozwiązało zagadkę.

Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku nastąpiło przewlekłe zatrucie bizmutem przez długotrwałe wchłanianie się z jelit małych ilości tego metalu. Ze względu na podobieństwo do zatrucia ołowiem zbadałem krew chorej, a badanie to dało bardzo ciekawe wyniki.

W preparatach, barwionych barwikiem Leishmana i metodą panoptyczną Pappenheima (May-Grünwald-Giemsa), stwierdziłem typową wtórną niedokrwistość, jaką się przedewszystkiem spotyka w przebiegu przewlekłej ołowicy (Bleianämie), a więc anizocytozę, wielobarwliwość (polychromatophilia), tu i ówdzie normoblasty, 2—3 w preparacie i wreszcie, co podkreślam, w krwinkach czerwonych ziarenka bazofilne, których się przedewszystkiem spodziewałem [6]).

W roku 1893 zwrócił Askanazy [7]) uwagę w złośliwej niedokrwistości na ziarnistości w krwinkach czerwonych, które mają powinowactwo do barwików zasadowych. Uważał on owe ziarnistości za ostatnią fazę rozpadania się jądra tych krwinek. W dwa lata później [8]) podniósł ten sam autor, że we wszystkich postaciach, w których się zjawiają krwinki czerwone jądrzaste, można znaleźć także i ziarnistości bazofilne. Lazarus [9]) stwierdził je w przeszło 20 przypadkach niedokrwistości złośliwej, a St. Klein (z Warszawy) [10]) widział je w wielobarwliwej protoplazmie megaloblastów w tejże chorobie. Klein, co tutaj podnieść muszę, sądził, że krwinki czerwone, zawierające ziarnistości bazofilne, są młodymi i »zdrowymi« elementami.

Spostrzeżenia Plehna [11]), który uważał je za pasorzyta zimnicy, były punktem wyjścia dla prac Grawitza [12]), który stwierdził bazofilne ziarnistości w całym szeregu schorzeń, jak w niedokrwistości złośliwej, białaczce, zakażeniu zimniczem, cherze rakowej i który uważa je za objaw zwyrodnienia cytoplazmy krwinek czerwonych.

Na innem stanowisku stoją nowsi autorowie. Jawein [13]), który spotykał bazofilne ziarnistości w okresie zdrowienia po niedokrwistości z powodu brózdogłowca (botriocephalus latus) i Nägeli, który się opiera na własnych klinicznych spostrzeżeniach, że w cięższych zatruciach ołowiem brak ziarnistości, a że ukazują się one dopiero wtedy, gdy stan chorych się poprawia [14]) i na badaniach Pappenheima [15]) Schmidta i Endla. Autorowie ci uważają ziarnistości bazofilne za wyraz odradzania się krwi i łączą je w ścisły związek z wielobarwliwością, która idzie zawsze z niemi w parze. Jest to stanowisko, które właściwie pierwszy zajął St. Klein.

Pappenheim, którego stanowisko podzielam na podstawie doświadczenia klinicznego, pisze w tej sprawie co następuje [16]).

»Es bedeutet die basophile Punktierung nach ihrer Morphogenese ein weiteres degeneratives Entwickelungsstadium der Polychromatophilie (man muss sich vorstellen, dass die diffuse, zarte, basophile Netzsubstanz der Poly-

---

[1]) H. Meyer i Steinfeld. Archiv. für exper. Pathologie und Theraphie. — Meyer i Gottlieb. Experim. Pharmakologie.

[2]) W Nothnagla: Spezielle Pathologię und Therapie. Vergiftungen.

[3]) Berl. klin. Wochenschrift 1905 Nr 9.

[4]) Therapeutische Monatshefte, lipiec 1905.

[5]) Mocz bez białka i cukru, w kale nie wykazano krwi (próba gwajakowa). Parcie krwi Riva-Rocci 110.

[6]) Preparat pokazywałem kilku kolegom i profesorowi O. Loebowi z Getyngi.

[7]) Zeitschrift für klinische Medizin T. 23.

[8]) Deutsche med. Woch. 1896 Nr 17.

[9]) Zeitschrift für klinische Medizin 1895 T. 27. Piśmiennictwo, dotyczące ziarnistości bazofilnych, zebrał Askanazy w r. 1907. Zeitschr. f. klin. Med. T. 64, Zesz. 3 i 4.

[10]) Wien med. Presse 1896.

[11]) Deutsche med. Woch. 1899 Nr 28, 29 i 30.

[12]) Deutsch. med. Woch. 1899 Nr 36 i Berlin. klin. Woch. 1900 Nr 7 i 9.

[13]) Berlin. klin. Woch. 1911 Nr 35.

[14]) Zwracam uwagę na dwa przypadki ostrego zatrucia ołowiem, które opisali Decastello i Oszacki w roku bieżącym z kliniki Ortnera w »Mediz. Klinik«, a w których w okresie ostrym nie znajdowały się ziarnistości, a występować zaczęły wtedy, gdy niebezpieczeństwo minęło.

[15]) Pappenheim znalazł bazofilne ziarnistości w szpiku kostnym prawidłowym, Schmidt i Engel we krwi płodów.

[16]) Grundriss der hämatologischen Diagnostik und praktischen Blutuntersuchung 1911.

chromatophilie hier zu multiplen, gröberen, basophilen Tropfen und Klümpchen zusammengelaufen und konglobiert ist) und als solche ein unmittelbares Vorstadium der völligen Elimination der Plasmabasophilie der Erythrocyten. Sie ist also (ebenfalls) plasmatischer Natur und als solche ein Zeichen zellulärer Unreife, gewissermassen ein Symptom pathologischer Regeneration. Sie ist das häufigste und charakterischeste regenerative Symptom der Bleianämie und hier, wenn durch myelogenen Übertritt im Blut vorhanden, geradezu das pathognomonische Blutsymptom«.

Doświadczalnie wywoływali ten objaw Grawitz, Sabrazes, Bourret i Leger, Witte i Peper, Bloch, Moritz, Strazs, Loewenthal i wielu innych u psów, królików, morskich świnek, myszy białych i żab zapomocą soli ołowianych, pirodyny, toluylendiaminy, chlorku cynku, siarkanu ceru i wreszcie przez przegrzanie zwierząt.

Bardzo ładne są doświadczenia Nägelego, który myszom białym, ciężko zatrutym ołowiem, podawał jodek potasu. Zapomocą tego leku zdołał je uratować od śmierci. We krwi zdrowiejących zwierząt ukazywały się ziarnistości bazofilne.

Behrend pierwszy stwierdził, że ziarnistości bazofilne prawie stale ukazują się we krwi w zatruciu ołowiem; po nim potwierdziło to wielu autorów tak, że wprost znamiennym stał się ten objaw dla ołowicy.

Jak wiadomo, własności fizyczne i chemiczne pierwiastków stoją w prostym stosunku do ciężaru atomowego i są jego funkcyą. Być może, że podobnie ma się rzecz z własnościami farmakologicznemi i toksykologicznemi pierwiastków. Przemawiałoby za tem moje spostrzeżenie, albowiem obraz kliniczny przewlekłego zatrucia bizmutem w opisanym przypadku zbliżony jest do ołowicy, a bizmut (c. at. 208) i ołów (c. at. 207) stoją tuż obok siebie w systemie peryodycznym Mendelejewa.

W przypadku tedy moim rozwinęło się przewlekłe zatrucie bizmutem z powodu długotrwałego podawania zasadowego azotanu bizmutu w dawkach 1·5 do 3·0 na dzień, zatrucie, znamionujące się odkładaniem się bizmutu w skórze (bismuthoderma), wytwarzaniem się czarnego rąbka na dziąsłach i u podstawy zębów, rozszerzeniem źrenic, zwolnieniem akcyi serca i wreszcie niedokrwistością wtórną. W krwinkach czerwonych zjawiają się w toku tej niedokrwistości ziarnistości bazofilne, tak jak w przewlekłej ołowicy.

---

**Z kliniki psychiatrycznej c. k. Uniwersytetu w Wiedniu.**
(Dyrektor Radca dworu Prof. Dr Jauregg—Wagner).

## O otłuszczeniu według typu Fröhlicha (dystrophia adiposo-genitalis) w przebiegu wodogłowia przewlekłego i padaczki.

podał

**Dr J. Rothfeld**

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lwowskiego.

Od czasu kiedy Fröhlich [1]) opisał zbiór objawów, objętych nazwą »dystrophia adiposo-genitalis« i wskazał na jego związek z przysadką mózgową, zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na te zmiany, a dokładne spostrzeganie kliniczne dowiodło, że ten typ otłuszczenia wystąpić może nietylko w takich przypadkach, w których pierwotne schorzenie leży w przysadce mózgowej, lub w jej sąsiedztwie, ale i w przebiegu wszystkich spraw w jamie czaszkowej się toczących, a wywołujących wzmożenie ucisku śródczaszkowego.

I tak zdarzają się w przebiegu guzów mózgu pojedyncze objawy choroby typu Fröhlicha, jako to: zaburzenia w miesiączkowaniu, niezdolność płciowa, czasem otłuszczenie, a niekiedy spotkać można i typowy zbiór objawów Fröhlicha. Są to objawy, wynikające z podwyższonego ucisku śródczaszkowego, z zastoju płynu mózgowordzeniowego, który to zastój, zdaniem Cushinga [2]), wywołuje upośledzenie czynności przysadki mózgowej. Cushing twierdzi, że prawie we wszystkich przypadkach guzów mózgu bez względu na ich siedzibę i bez względu na to, czy przebiegają z wodogłowiem, czy też nie, czynność wydzielnicza przysadki bywa w znacznym stopniu upośledzona. Z drugiej strony można niekiedy objawy dystrofii, występujące w przebiegu spraw, powodujących wzmożenie ucisku śródczaszkowego, wytłómaczyć zmienionymi stosunkami topograficznymi, wywołanymi pośrednio czy bezpośrednio przez guz, względnie przez następowe wodogłowie. I tak tłómaczy Müller [3]) wystąpienie otyłości i zaburzeń w czynności narządów płciowych w przebiegu guzów móżdżku rozszerzeniem trzeciej komory przez wodogłowie i uciskiem na przysadkę mózgową. Ważnym jest fakt, na który zwrócił uwagę K. Goldstein [4]), że także w następstwie surowiczego zapalenia opon mózgowych może rozwinąć się dystrofia; spostrzegane przez niego przypadki okazywały cechy guza przysadki z objawami otłuszczenia i niedokształtu narządów płciowych. Jako przyczynę takich objawów przyjmuje Goldstein ucisk na przysadkę mózgową przez wodogłowie. Podobne dwa przypadki opisał Sievert [5]); dotyczyły one dwojga rodzeństwa, u których Sievert stwierdził otyłość i zanik nerwu wzrokowego. Według zdania Mayera chodziło w tych dwóch przypadkach o wodogłowie po przebytem zapaleniu surowiczem opon mózgowych, które to wodogłowie uciskało na nerwy wzrokowe i na przysadkę mózgową. Przypadki wodogłowia z dystrofią opisali: Marinesco i M. Goldstein [6]), Neurath [7]), Bonhoefer [8]), Weygandt [9]), Jaksch [10]) i K. Goldstein [11]).

Przytaczam poniżej historye choroby pięciu przypadków wodogłowia z »dystrophia adiposo-genitalis«; w trzech z tych przypadków stwierdzono napady padaczkowe.

**I.** Albin R. l. 10, przyjęty do kliniki 12. VII. 1909. Dziedzicznie nie obciążony. Matka zdrowa, ojciec chorował dłuższy czas po jakimś wypadku, jedna siostra zmarła na

---

[1]) Wiener klinische Rundschau 1911.

[2]) Journ. of. the Amer. med. Assoc. 1909. Journ. of. nerv. a ment. 1906. Bull. of John Hopk. Hosp. 20. 105. 1909.
[3]) Neurol. Centralblatt 1905.
[4]) Arch. f. Psych. B. 47, 1910.
[5]) Zeitschrift f. Augenheik. B. 19. H. 6.
[6]) Nouvelle Iconogr. de la Salpetrière B. XXII. 1909.
[7]) Wien. kl. Woch. 1909 i 1911.
[8]) Arch. f. Psych. 1912.
[9]) Bericht der Jahresversammlung deutsch. Nervenärzte. Hamburg 1912.
[10]) Deutsche med. Woch. 1913.
[11]) Deutsche med. Woch. 1913.

gruźlicę. Matka nie roniła. Chory nasz jest pierwszem dzieckiem; poród jego był prawidłowy. W drugim roku życia miał chory raz napady drgawkowe, które się później nie powtórzyły. Nigdy nie miał napadów padaczkowych. Umysłowo rozwijał się dobrze. był dzieckiem mądrem. Obecna choroba, t. j. niedowłady kończyn, datuje się od czasu wspomnianych napadów drgawkowych w drugim roku życia; od tego czasu obwód czaszki coraz więcej wzrastał, tak że w 5. roku życia dosięgnął 68 cm, a potem coraz bardziej się powiększał. Chory zawsze był dzieckiem tłustem.

Przedmiotowo stwierdzono, co następuje: Wzrost średni, około 127 cm. Skóra różowa, znaczne otłuszczenie, zwłaszcza w okolicy sutków i na wzgórku łonowym. Części rodne ukryte w podściółce tłuszczowej; jądra wielkości małego bobu, mają skłonność do cofania się do kanałów pachwinowych; na wzgórku łonowym delikatny meszek, czego na tułowiu i kończynach zauważyć nie można. Czaszka duża, niesymetryczna; okolice skroniowe i czoło wystające; guzy czołowe silnie rozwinięte, prawa połowa czaszki więcej wypuklona, niż lewa. Po stronie prawej czaszki stwierdza się przy opukiwaniu odgłos czerepowy, po lewej objaw ten jest tylko zaznaczony. Obwód czaszki 68 cm., wymiar podłużny 20·7 cm., poprzeczny 21 cm. Uszy duże, płatki uszne przyrośnięte. Oczy nieco wysadzone; wybitny zez rozbieżny; prawa gałka ustawiona na zewnątrz i ku górze. Badanie ruchów gałek ocznych utrudnione; zdaje się. że ku prawej stronie ruchy są zachowane, ku lewej upośledzone. Nieznaczne drżenie oczu. Żrenice wązkie; oddziaływanie na światło i akomodacyę nie da się z pewnością stwierdzić. Chory widzi dobrze. Dno oka: zanik nerwu wzrokowego po brodawce zastoinowej. Lekki niedowład w zakresie dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego. W innych nerwach twarzowych niema zmian. Prawa górna kończyna prawidłowa, lewa gorzej rozwinięta i może nieco skrócona; w całości jest lewa szczuplejsza od prawej o $^1/_2$ do 1 cm. Napięcie mięśniowe w lewej wyraźnie wzmożone, kończyna we wszystkich stawach zgięta, ruchomość wprawdzie zachowana, jednak ruchy są powolne i utrudnione. Ruchy samej ręki ograniczone, niezgrabne, chory posługuje się przeważnie tylko ręką prawą. Odruchy na kończynie górnej lewej żwawsze, aniżeli na prawej. Odruchy brzuszne po lewej stronie słabsze, niż po prawej, odruchy mosznowe równe.

Na kończynach dolnych, zwłaszcza na biodrach i udach, znacznie rozwinięta podściółka tłuszczowa. Kończyna dolna lewa szczuplejsza od prawej (1 cm. różnicy). Napięcie mięśniowe w lewej nieco wzmożone. Ruchy czynne w lewej kończynie gorsze. niż w prawej, obustronnie stopy koślawe, wybitniej po stronie lewej. Odruchy kolanowe żwawe, równe. niema drgania padaczkowego (clonus), odruch ze ścięgna Achillesa po prawej kloniczny, po lewej nie daje się wywołać z powodu znacznego napięcia. Objaw Babińskiego po lewej stronie dodatni. Chory podnosi się z pozycyi leżącej tylko z trudnością; siedzi swobodnie. Stać nie może; podparty z obu stron może chodzić, przyczem jednak nogi się krzyżują.

W przypadku tym wystąpiło po napadzie drgawkowym w drugim roku życia lewostronne porażenie połowicze i wodogłowie, wzrastające stale i stopniowo do 5. r. ż. Nadto rozwinęła się znaczna otyłość, szczególnie w okolicy sutków, na brzuchu i wzgórku łonowym, przyczem narząd płciowy nie rozwijał się.

**II.** Anna K. l. 14, przyjęta na klinikę 20. III. 1912. Dziedzicznie nie obciążona. Zaczęła mówić i chodzić w 2. roku życia. Między 2—3. rokiem życia napady drgawkowe, które się później nie powtórzyły. Napadów padaczkowych nigdy potem nie było. Od 3. r. ż. chodzi chora źle; chód coraz więcej się pogarszał i stawał się niepewny. Siostra chorej podaje, że już w drugim r. ż. miała chora niestosunkowo dużą głowę. Chora była do 5. r. ż. szczupłem dzieckiem, potem zaczęła tyć. Umysłowo rozwijała się dobrze. W ostatnich czasach chód jeszcze więcej się pogorszył. Dotąd jeszcze nie było miesiączkowania. Przedmiotowo: Chora wzrostu nizkiego (125 cm.); oddalenie wcięcia jarzmowego (incisura jugularis) od pępka wynosi 29 cm., stąd do stóp 75 cm. Znaczna otyłość; na piersiach, a przedewszystkiem na brzuchu i na wzgórku łonowym znaczne nagromadzenie tłuszczu, kończyny stosunkowo szczupłe. Sutki miernie rozwinięte; w prawym sutku da się wyczuć utkanie gruczołowe, w lewym tylko ślad. Uwłosienie na głowie prawidłowe, brak owłosienia na wzgórku łonowym i pod pachami. Czaszka znamienna dla wodogłowia, obwód jej 58 cm., przy opukiwaniu niebolesna. Po stronie lewej w okolicy ciemieniowej i skroniowej odgłos opukowy czerepowy, po stronie prawej wybitny; w skroniowej części tylko zaznaczony. Niema zaburzeń ze strony źrenic i ruchów gałek ocznych. Dno oka: brodawki blade, granice zatarte; zanik nerwu wzrokowego po stanie zapalnym (atrophia n. optici post neuritidem). Bystrość wzroku obustronnie $^5/_{20}$; pole widzenia bez zmian. Objaw Chvostka obustronnie wyraźny. Zęby tężyczkowe. Zresztą nie stwierdza się na głowie żadnych nieprawidłowości. Na kończynie górnej prawej ślad bezładu (ataxia), obustronnie zaznaczone drżenie przy ruchach dowolnych. Siła ruchowa i odruchy kończyn górnych prawidłowe; brak objawu Trousseau. Odruchy brzuszne równe. Niedowład kończyn dolnych, znaczniejszy w lewej niż w prawej kończynie. Odruchy kolanowe kloniczne, prawy żwawszy od lewego. Odruchy ze ścięgna Achillesa żwawe, obustronnie zaznaczone drganie padaczkowate stopy (clonus). Objaw Babińskiego i Oppenheima obustronnie dodatni. Bezładu kończyn dolnych niema. Czucie skórne i głębokie zachowane. Przy próbie Romberga: chwianie się we wszystkich kierunkach. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Badanie rentgenologiczne (doc. Schiller): Czaszka znamienna dla wodogłowia, szwy niepozrastane, siodełko tureckie rozszerzone, miernie zagłębione. Badanie kości tułowia i kończyn (prof. Holzknecht) wykazało kostnienie prawidłowe.

Te dwa przypadki, prawie analogiczne, nie przedstawiają żadnych trudności rozpoznawczych. Początek choroby we wczesnem dzieciństwie, w związku z równoczesnemi drgawkami, zwiększający się obwód czaszki, przytem brak ogólnych objawów, cechujących guzy mózgu, przemawia za wodogłowiem przewlekłem. W pierwszym przypadku wyraźne objawy połowicze lewostronne, w drugim objawy móżdżkowe. Wspólną cechą obu przypadków — i na ten szczegół chcę zwrócić uwagę — jest otyłość z typowem rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej na brzuchu, wzgórku łonowym, na piersiach, nadto niedostateczny rozwój narządów płciowych, w pierwszym przypadku małe jądra, ze skłonnością cofania się do kanału pachwinowego, w drugim brak miesiączkowania. W drugim przypadku zwraca nadto uwagę mały wzrost chorej.

W następnych trzech przypadkach istniała dystrofia przy padaczce i wodogłowiu miernego stopnia.

**III.** Tomasz W. l. 11. Dziedzicznie nie obciążony. Drgawek w dzieciństwie nie miał. W 6. r. ż. potrącony przez wóz tramwajowy, upadł, dostał krwotoku z nosa i pokaleczył sobie język; przytomności nie stracił. W dwa dni później mógł już pójść do szkoły. W 9. r. ż. napad z utratą przytomności i drgawkami, usta wykrzywione, oczy zwrócone ku stronie prawej, drgawki wybitniejsze w kończynie górnej prawej, aniżeli lewej, piana z ust; po napadzie sen. W czasie napadu nie było bezwiednego oddania moczu, ani pokąsania języka. W trzy tygodnie później drugi napad;

po wycięciu migdałków 10-miesięczna przerwa; potem znów co kilka miesięcy pojedyncze napady. Na kilka miesięcy przed przyjęciem do kliniki napady były częste, nawet po kilka napadów dziennie. W klinice spostrzegano typowe napady padaczkowe o przebiegu, zgodnym z opisem, podanym przez otoczenie chorego. Badanie, przeprowadzone zaraz po pierwszym, w klinice spostrzeganym napadzie, wykazało, co następuje: Niedowład prawej dolnej gałązki nerwu twarzowego, niedowład prawej kończyny górnej i dolnej, wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie prawej, objaw Babińskiego po stronie prawej dodatni, odruchy brzuszne po stronie lewej żwawsze. Przy chodzeniu chory powłóczy nieco prawą nogą. Badanie w czasie wolnym od napadów wykazało tylko nieznaczne prawostronne objawy. Nadto stwierdzono: Obwód czaszki 54 cm., wzrost 133 cm., znaczna otyłość i »niedostateczny rozwój« narządów płciowych. Dno oka prawidłowe. Badanie rentgenograficzne czaszki (Doc. Schiller) wykazało cechy znamienne dla wodogłowia.

Rozpoznanie kliniczne: Epilepsia, hydrocephalus minoris gradus.

(Dok. nast.).

## Piśmiennictwo bieżące.

### Medycyna wewnętrzna.

Mahlo. **Działanie makowca na przewód pokarmowy człowieka.** (Deutsches Archiv f. klin Med. T. 110). Z dokładnych badań autora zapomocą prześwietlań rentgenologicznych wynika, że makowiec działa głównie na jelito grube. Prócz tego jednakże i przechodzenie miazgi pokarmowej przez jelito cienkie ulega opóźnieniu. Na żołądku spostrzega się pod wpływem makowca porażenie ruchów robaczkowych, często skurcz zwieracza części odźwiernikowej (sphincter antri pylori) i rozszerzenie żołądka. Opóźnienie wydalania treści z żołądka spostrzegano rzadko; jeśli jelito jest poprzednio podrażnione przez olejek rącznikowy, to makowiec działa silniej, niż zazwyczaj. Oba środki (ol. rącznikowy i makowiec) mają zdaje się wspólne miejsce działania. Autor uważa działanie makowca za niestałe. N.

P. Krause i Schilling. **Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego z uwzględnieniem środków kontrastowych.** (Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstr. T. XX. Z. 5). Prześwietlanie z użyciem zgłębników do badania rentgenologicznego przełyku, żołądka i jelit jest sposobem najstarszym i już zarzuconym. Wydymanie żołądka kwasem węglowym lub powietrzem w celu rozpoznawczego różniczkowania rentgenologicznego jest postępowaniem według autorów niezupełnie bezpiecznem i daje wyniki niepewne; ponieważ przytem obrazy dają słabe kontrasty, trudno więc oryentować się w rozlanem jasnem polu. Największą wodą wydymania jest to, że nie daje ono żadnych wskazówek ani co do położenia, ani kształtu narządów; wreszcie nie można przy wydymaniu wysnuwać wniosków, tyczących się czynności ruchowej żołądka czy jelita. Wydymanie powinno właściwie być obecnie stosowane tylko w celu uwidocznienia dolnej części przełyku dla stwierdzenia zwężeń wpustu, lub nowotworów części wpustowej żołądka. Natomiast obecnie powszechnie używa się dla badania przewodu pokarmowego w obrazie rentgenologicznym środków kontrastowych, wśród nich zaś przedewszystkiem mieszanki bizmutowej, podanej przez Riedera. Niektórzy autorowie używają prócz tego jeszcze dodatku z białej glinki armeńskiej dla uniknięcia osadzania się bizmutu. Radioskopia (t. j. oglądanie narządów wprost na ekranie) wystarcza wogóle zupełnie, w pewnych razach zaś, oraz u bardzo otyłych chorych musi się używać rentgenofotografii. Badania zdolności wydzielniczej żołądka według Schlesingera i innych, t. j. ocenianie stosunków układania się warstw płynów w żołądku, nie są wystarczające. Znaczenie badania rentgenologicznego polega głównie na badaniu zjawisk ruchowych, t. j ruchu robaczkowego, względnie jego zmian. Najlepsze obrazy poglądowe na cały przewód pokarmowy daje kombinacya lawatywy bizmutowej z równoczesnem wewnętrznem podaniem mieszanki bizmutowej. Z przetworów bizmutowych podawano dawniej azotan bizmutowy zasadowy, zarzucono go jednak z tego powodu, iż niejednokrotnie spostrzegano po nim zatrucia (objawy porażeń i podrażnień układu nerwowego ośrodkowego, methemoglobinemię i t. p.). Inne przetwory, zwłaszcza węglan bizmutu, są zupełnie nieszkodliwe, i gdyby nie były tak drogie, byłyby powszechnie używane. Z przetworów nie bizmutowych, a mogących zastąpić bizmut, niektóre, n. p. glinka toru są drogie, przetwory żelaza mają znów bardzo zły smak i wyglądają nieapetycznie, tlenek cyrkonu ma smak piasku, przytem jest także drogi, podobnie rzecz się ma z przetworami ceru i wolframu. Najlepszym środkiem, zastępującym w zupełności bizmut, jest siarkan baru, chemicznie czysty; jest on przytem tani, bez smaku i bezpieczny. Podawać go można czyto w postaci zupy Guenthera (Bar. sulphur. 150 gr., mondamin 15 gr., cukru 15 gr., kakao 20 gr., rozpuszczone w 500 cm³ wody), czy też wprost w mleku lub w wodzie, lub w papce ziemniaczanej; zdolność absorpcyjna barytu jest prawie równa bizmutowej. N.

Schneider. **Rozpoznawcze znaczenie odczynu białkowego plwociny w chorobach płuc.** (Zentralblatt f. inn.

Mediz. 1913, Nr 41). Stwierdzeniu obecności białka w plwocinie gruźliczych przypisywano wielkie znaczenie; nie ma jednak zgody co do tego, czy obecność białka w plwocinie gruźliczych jest objawem swoistym dla gruźlicy płuc i czy brak białka pozwala wyłączyć gruźlicę płuc, choć pewnem jest, że białko w plwocinie stwierdza się stale w przebiegu spraw następujących: gnilny nieżyt oskrzeli, rozszerzenia i jamy oskrzelowe, obrzęk płuc, zgorzel płuc i zapalenie płuc. Z badań autora wynika, co następuje: Obecność białka w plwocinie nie jest znamienna, ani swoista dla gruźlicy; u przeszło 15% badanych gruźliczych odczyn białkowy wypadł ujemnie; odczyn białkowy jest bardzo często dodatni i w schorzeniach płuc nie gruźliczych (8 razy na 14 przypadków); odczyn białkowy stoi w związku z zawartością ropy w plwocinie. — Nadto zauważyć należy, że właśnie w przypadkach gruźlicy początkowej, niepewnych, gdzie obecność białka miałaby doniosłe znaczenie, jest odczyn białkowy zawsze ujemny. N.

Voisin. **Czy zapalenie płuc powstaje drogą powietrza, czy krążenia?** (Paris médical 1913, Nr 37). W ostatnich czasach dość liczni autorowie wywodzą, że zapalenie płuc jest zakażeniem pneumokokowem, pierwotnie ogólnem, a potem dopiero umiejscowionem w płucach. Według zapatrywań autora należy uważać płatowe zapalenie płuc za pierwotne schorzenie tego narządu, wywołane przez osiedlenie się pneumokoków drogą powietrza. Drobnoustroje te nabierają w gardle jadowitości i rozmnażają się. Do obiegu krwi dostają się one następowo z ognisk płucnych. Pomiędzy istotnym początkiem choroby, a jej klinicznem ujawnieniem się zachodzi pewna rozbieżność, która, zdaniem autora, zależy głównie od dostania się do krążenia jadów bakteryjnych. Przypadki, w którychby można płatowe zapalenie płuc uważać za późne i wtórne usadowienie się zakażenia, tkwiącego pierwotnie w krążeniu, są bardzo rzadkie. W takich przypadkach może wprawdzie przewód pokarmowy stanowić wrota dla pneumokoków, lecz znacznie częściej bywają one w gardle, w migdałkach i w błonie śluzowej nosa. Dr M. Blassberg.

Prof. Surmont. **Dyeta owocowa przy schorzeniach tętnic i w chorobie Brighta.** (Paris médical 1913, Nr 36). Autor poleca dyetę, złożoną wyłącznie z owoców wszelakiego gatunku, odpowiednio do pory roku, i to zarówno surowych, jak gotowanych, dalej owoce suszone, oraz tłuczone i mielone, jak również konserwy owocowe. Gatunki oraz ilość owoców chory wybiera sam dla siebie dowolnie, przyczem pożądana jest jak największa rozmaitość gatunków. Również należy zachować zwykłe pory jedzenia. Dyetę tę stosuje autor we wszystkich postaciach klinicznych stwardnienia tętnic, przy dusznicy bolesnej, zwyrodnieniu mięśnia sercowego, w okresach niedomogi sercowej, oraz w chorobach nerek. U chorych zdrowszych S. przystępuje odrazu do dyety wyłącznie owocowej, przyczem dozwala prócz tego używać miałkiego cukru do posypywania owoców, oraz 1—2 filiżanek dziennie czarnej kawy, herbaty, rumianku, lub odwaru lipowego. Do picia na zimno poleca wodę Evian czystą lub z sokiem winogronowym. U bardzo ciężko chorych, przed rozpoczęciem dyety ściśle owocowej zaleca leżenie w łóżku i przez 2 lub 3 doby podaje co $1/2$ godziny 50 gramów zimnej wody mineralnej Evian, Vittel, Contrexeville lub Martigny. Jeżeli chory nie znosi zimnej wody, poleca ją grzać, a dodatkowo poleca ciepłe okłady na okolicę żołądka. Jako najwłaściwszą ilość przy rozpoczynaniu tej dyety owocowej poleca S. dziennie $1^1/_2$ kilograma owoców surowych, a nadto 400—500 gramów migdałów i orzechów włoskich lub laskowych, albo też suszonych śliwek, rodzynków, daktyli i fig. Dyeta owocowa może trwać bez szkody przez długi czas, powinna zaś trwać przynajmniej przez 3—4 tygodnie. U otyłych wywołuje ona chudnięcie. U szczupłych można zapobiedz spadkowi wagi ciała przez obfity dodatek daktyli, fig, orzechów włoskich i laskowych oraz migdałów, a po pewnym czasie można dodać chleb i masło. Chorzy, cierpiący na nadkwaśność soku żołądkowego, źle znoszą dodatek owoców do dyety mieszanej, ale dobrze znoszą czysto owocową dyetę całkowitą. W każdym razie należy im polecać z początku owoce dojrzałe i niekwaśne, jak: renklody (śliwki), mandarynki, banany, konserwy owocowe i owoce suszone. Biegunka zdarza się niekiedy u tych chorych, ale jest ona dla nich raczej pożyteczną, aniżeli szkodliwą. Przy silniejszej biegunce należy zmniejszyć ilość owoców surowych, a zwiększyć ilość suszonych. Jeżeli chcemy zmienić tę dyetę, czy to z powodu osiągniętego wyniku, czy też w razie, gdy chorego męczy ten tryb życia, należy z początku dodawać chleb i masło. Po 12 dniach można dodać litr mleka, 2 jaja oraz jarzyny i taką dyetę prowadzić przez szereg miesięcy.

Sposób działania tej dyety na ustrój jest następujący: 1) Można przez odpowiedni dobór owoców zmieniać ilość doprowadzanych ustrojowi kaloryi 2) Można odpowiednio wprowadzać i stopniować pożyteczne działanie czyszczące. 3) Dyeta ta działa moczopędnie. 4) Dyeta ta, działając alkalizująco, przeciwdziała przyczynom schorzenia, t. j. skutkom dyety mięsnej, skazie moczanowej i przekwaszeniu ustroju. 5) Dyeta ta przynosi ustrojowi wielorakość mineralnych substancyi pokarmowych, których ustrojowi przez długi czas brakowało i skrzepia tkanki w ogólności, a mięsień sercowy w szczególności. 6) Dyeta owocowa nie zawiera chlorku sodu. 7) Chroni ona ustrój przed samozatruciem, które powstaje przez wessanie produktów rozpadu ciał azotowych, oraz jest antytoksyczną przez swe działanie czyszczące, moczopędne i alkalizujące, oraz dzięki temu, że pozostałości pokarmowe w jelitach podlegają bardzo trudno gniciu. Dr Blassberg.

## Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Dyrenfurth. **Wykazywanie krwi miesiączkowej zapomocą odczynu jodoglikogenowego.** (Ztschft f. Med. Bte. 1913, Nr 12). Opierając się na pracach Wiegmanna (1910) i Lengera, którzy zwrócili uwagę na możność zużytkowania w celach sądowo-lekarskich tej okoliczności, że glikogen w obfitej ilości znajduje się w nabłonkach pochwy, przeprowadził autor badania plam krwawych w tym kierunku. W tym celu malutkie cząstki materyałów krwią zwalanych rozdrabniał jaknajszybciej w kropli nasyconego rozczynu dwuwęglanu sodowego, aby przeszkodzić rozpuszczeniu się glikogenu. Następnie dodawał kroplę zwykle używanego odczynnika Lugola. Badając w ten sposób sporządzony preparat pod mikroskopem, przekonał się, że przeszkadzające krwinki czerwone zupełnie znikają, natomiast uwidoczniają się i są bardzo łatwe do poznania brunatno zabarwione nabłonki pochwy, które przedtem były mało widoczne. Próby kontrolne z różnego pochodzenia plamami krwawemi wypadły ujemnie z wyjątkiem śladów krwawych z powierzchni przekroju wątroby, ponieważ komórki wątrobne dawały także odczyn dodatni. Rozpoznanie krwi miesiączkowej ma praktyczne znaczenie w tych przypadkach, w których obwiniony lub obwiniona tłómaczą się, iż podejrzana plama krwawa pochodzi z krwi miesiączkowej. J. Olbrycht.

Nippe. **Uproszczenie próby heminowej.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1912, Nr 47). Autor zaleca następujący odczynnik: »Kalium bromatum 0·1, kalium jodatum 0·1, kalium chloratum 0·1, acidum aceticum glaciale 100·00«. Kroplę tego odczynnika dodaje się na szkiełku przedmiotowem do podejrzanej plamy i ogrzewa aż do zawrzenia. Nadmiar odczynnika najlepiej usunąć bibułą lub odparować. Oglądając w ten sposób sporządzony preparat, już przy małem powiększeniu stwierdza się obecność typowych kryształów, które dają się przechowywać w balsamie kanadyjskim bez użycia szkiełka nakrywkowego. Odczynnikiem tym, który daje się długo przechowywać, robił autor doświadczenia, wrzekomo z wynikiem dodatnim, z krwią starą.

gnijącą, tlenkowęglową, zanieczyszczoną rdzą, wystawioną na szkodliwe wpływy atmosferyczne. J. Olbrycht.

### Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

Maksymilian Sternberg: **O zatruciu ołowiem w przemyśle i o jego wczesnem rozpoznawaniu.** (Der Amtsarzt, 1913, Nr 1). Z końcem XIX wieku rozpoczęto usiłowania w celu zapobieżenia zatruciu ołowiem osób, zajętych w przemyśle. Po odbyciu szeregu zjazdów, narad i ankiet wynikiem całej akcyi były w Austryi rozporządzenia ministeryalne, a mianowicie: 1) Rozporządzenie Ministerstwa handlu, wydane w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych 15. IV. 1908 r., zawiera przepisy celem ochrony życia i zdrowia osób zajętych w lakiernictwie, pokostnictwie i malarstwie pokojowem (Dz. p. p. Nr 81). Objaśnieniem do tego rozporządzenia jest następne, wydane przez to samo Ministerstwo tego samego dnia do L. 10220. 2) Rozporządzenie Ministerstwa robót publicznych z 22. VII. 1908 r. określa urządzenia i sposób pracy w hutach ołowiowych i cynkowych (Dz. p. p. Nr 180), a jego objaśnienie zawarte jest w rozporządzeniu tegoż Ministerstwa z 10. VIII. 1910 r. L. 280 - XVb/5. 3) Rozporządzenie Ministerstwa handlu z 26. IV. 1909 r. normuje przywóz i obrót farbami i truciznami zawierającemi ołów (Dz. p. p. Nr 63). 4) Rozporządzenie Ministerstwa handlu w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych z 23. VIII. 1911 r. zawiera osobne przepisy ku ochronie życia i zdrowia osób zajętych w drukarstwie, litografii i stereotypii (Dz. p. p. Nr 169). Pierwsze rozporządzenie wydało już błogie skutki, gdyż zakazując wogóle używania bieli ołowiowej, przyczyniło się do bardzo znacznego zmniejszenia się cyfry zachorowań na ołowicę u malarzy i lakierników. Zasługuje na uwagę także § 11 tego rozporządzenia, który na przedsiębiorców, zatrudniających więcej niż 20 robotników, nakłada obowiązek, ażeby robotników, posługujących się farbami ołowianemi, poddawali badaniu przez lekarza przynajmniej raz na kwartał. Podobne postanowienie zawarte jest w drugiem rozporządzeniu. Bardzo zawikłaną jest historya powstania czwartego rozporządzenia. Przeciw pierwotnemu jego brzmieniu bardzo energicznie protestowali przedsiębiorcy. Wobec tego różne komisye, komitety i podkomitety ciągle przerabiały tekst rozporządzenia, aż wreszcie Rada przemysłowa zaleciła wielokrotnie zmieniany tekst, jednakowoż z tym dodatkiem, że należy skreślić proponowane należytości dla badających lekarzy urzędowych. Jak wiadomo, rozporządzenie to nakłada na lekarzy urzędowych obowiązek badania personalu zajętego w drukarniach, litografiach i stereotypiach, i to poza godzinami pracy, nie w czasie przerwy obiadowej, w miejscu będącem siedzibą urzędu przynajmniej cztery razy rocznie, w miejscowościach zaś leżących dalej niż o 3·8 km. od siedziby urzędu przynajmniej raz w roku. Także i ten ustęp rozporządzenia ma charakterystyczną historyę swego powstania. Pierwotnie ciążyć miał na przedsiębiorcy obowiązek poddawania robotników badaniu lekarskiemu, jak to muszą czynić przedsiębiorcy malarscy i i lakierniczy. Temu oparli się przedsiębiorcy i żądali, ażeby ten obowiązek przyjęły kasy chorych. Robotnicy nie zgodzili się na taką zmianę, twierdząc, że lekarze kas chorych nie są dość niezależni. Ostatecznie więc przerzucono ten obowiązek na barki lekarzy urzędowych.

Przechodząc do lekarskiej strony sprawy, zaznacza autor, że tylko w rzadkich przypadkach napotkamy zupełnie rozwinięte obrazy ołowicy, jak kolkę ołowiczą, porażenia, marskość nerek, których obraz kliniczny jest dobrze znany. Zadaniem lekarza urzędowego będzie rozpoznanie początków ołowicy, właśnie dla zapobieżenia rozwinięciu się typowego obrazu.

Następujące przedmiotowe objawy mogą być użyte do wczesnego rozpoznania: 1) Wyraz twarzy cierpiący, przypominający nieco »risus sardonicus«. 2) Barwa twarzy blada, szaro-żółtawa, aż do ziemistej. 3) Ślad żółtego zabarwienia białkówek, który może się spotęgować aż do wybitnej żółtaczki ołowiczej. 4) W licznych przypadkach widoczny jest powszechnie znany rąbek na dziąsłach. Należy jednak wyraźnie podnieść, że ten rąbek nie ma bezwarunkowo nic wspólnego z zapaleniem błony śluzowej ust, że wydaje się przy zupełnie zdrowych zębach, że nie należy go mieniać z czarnem zabarwieniem szyjki zęba. W przypadkach wątpliwych zdrapuje się czarniawy albo zielonawy kamień zębowy dla przekonania się, czy zabarwienie odnosi się do dziąsła, czy też do zęba. Rąbka ołowiczego może czasem nie być nawet przy niewątpliwej zresztą ołowicy, ale obecność rąbka zawsze świadczy o dostaniu się ołowiu do ustroju. 5) W wielu przypadkach istnieje wzmożenie odruchów ścięgnistych. 6) Dokładniejsze badanie krwi daje dalsze wskazówki rozpoznawcze, a mianowicie: a) zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych; b) zmniejszenie się ilości hemoglobiny; c) badanie drobnowidowe preparatu ustalonego, a zabarwionego jakimś barwikiem zasadowym np. błękitem metylenowym Loefflera albo rozczynem Giemsy wykazuje w wielu krwinkach czerwonych drobniutkie ziarenka (granulacye); te bazofilne ziarenka w krwinkach czerwonych występują także przy innych chorobach krwi i przy stanach charłaczych, a przy ołowicy są częstym, ale nie stałym objawem; d) przy żółtaczce ołowiczej osocze krwi jest żółto zabarwione; po nakłuciu żyły i zebraniu kilku cm³ krwi można w uzyskanej surowicy wykazać bilirubinę. 7) Mocz zawiera często hematoporfirynę. Wykazuje się ją w ten sposób: Do moczu dodaje się $^1/_5$ część objętości ługu potasowego, odsącza się, osad rozpuszcza się w małej ilości wyskoku zakwaszonego kwasem solnym, a rozczyn ten badany widmowo okazuje znamienne linie pochłonne. 8) W niektórych, ale nie we wszystkich przypadkach można wykryć ołów w moczu lub w kale. 9) W wielu przypadkach istnieje dekstrozurya pokarmowa, czasem także lewulozurya.

Objawy od 1—5 można stwierdzić przez zwykłe badanie, ale żółtaczkę wyłącznie przy dziennem świetle. Dla stwierdzenia objawów we krwi i w moczu trzeba posiadać dobry drobnowid z imersyą, komorę do liczenia krwinek, spektroskop, świeże barwiki bez strątów, a nadto dostateczną wprawę w hematologii. Resztę badań można wykonać jedynie w dobrze urządzonym szpitalu.

Dla badania lekarza urzędowego wystarczy stwierdzenie pierwszych pięciu objawów, gdyż po stwierdzeniu nawet jednego z nich musi lekarz urzędowy skierować robotnika do kasy chorych. Zdarzyć się jednak może, że robotnik zażąda odszkodowania od przedsiębiorcy lub zakładu ubezpieczeń, a wtedy trzeba przeprowadzić wyczerpujące badania we wszystkich kierunkach, a lekarz urzędowy nie ma prawa kierować robotnika do szpitala.

Najwięcej zagraża ołowica tym robotnikom, którzy posługują się materyałem sproszkowanym, a więc w stereotypiach i przy sporządzania i polerowaniu czcionek. Znacznie rzadziej wydarzają się zatrucia ołowiem u innych robotników. Dlatego wskazanem będzie dokładnie zapisywać rodzaj zajęcia robotnika. Weinsberg.

## Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

**Digalen** w bezsenności podawał Sternberg (Therap. Monatsh. 1913, str. 358) z dobrym wynikiem. Działanie leku tłómaczy Sternberg tem, że digalen, regulując czynność serca, sprowadza sen. N.

**Aleudryna** według Burcharda (Deutsche m. Woch. 1913 p. 1044) jest dobrym lekiem nasennym i kojącym bóle. N.

**Digistrophan,** kombinacya naparstnicy i strofantusa według Adnana (Allg. med. Zentrzeit 1913, str. 163) ma tę zaletę, że działa szybciej i że nie zauważa się objawów działania zbiorowego (kumulacyi). N.

**Narkofinę** zaleca Eisner (Ther. Monatsh. 1913 str. 353) jako użyteczny lek narkotyczny, posiadający pewną wyższość nad morfiną, makowcem i pantoponem. W dawkach większych działa narkofina równie silnie, jak tamte. Autor stosuje narkofinę w formie wstrzykiwań oraz w rozczynie 2% po 15—25 kropli. Lek ten zalecano dotąd głównie na zasadzie doświadczeń, zebranych w klinikach i szpitalach. Rosenthal zwraca przeto uwagę (Münchener med. Woch. 1913, Nr 4), że według jego doświadczeń nadaje się narkofina równie dobrze do zastosowania w praktyce prywatnej zamiast morfiny, od której działa dłużej i mniej często wywołuje objawy uboczne. Zwłaszcza zaleca Rosenthal narkofinę do uśmierzania kaszlu u suchotników. Wockenfuss (Münch. med. Woch. 1913, Nr 38) wypróbował na sobie skuteczność narkofiny, jako środka kojącego ból i nasennego w rwie kulszowej. Senge (Deutsche med. Woch. 1913, Nr 38) w pracy swej o przetworach przysadki, wspomina o korzystnem działaniu wstrzykiwań narkofiny dla zmniejszenia bolesności porodu Bh.

**Sedobrol,** przetwór będący mieszaniną bromku sodu z istotami wyciągowemi roślinnemi, stosowany w padaczce, dodaje się np. do zupy; rozpuszczony w gorącej wodzie może lek ten stanowić przyjemny bulion bromowy. W handlu istnieje w formie tabletek. Jestto lek tani. (Amman, Deutsche m. Woch. 1913 p. 1104). N.

**Valamin,** ester kw. izokozłkowego wodanu amylenu, środek zastępujący przetwory kozłkowe, jest wodojasnym płynem o aromatycznym zapachu. W handlu znajduje się w kapsułkach po 0,25 gr. Według Lewina (Ther. d. Geg. 1913 p. 162) małe dawki (3—4 kapsułki dziennie) działają uspokajająco, dawki po 0,5 gr wywołują sen u neurasteników. Valamin ulega wessaniu już w żołądku. Ubocznego działania nie wywiera. N.

**Przepłukiwania żołądka** stosuje się, zdaniem Boasa, w zamiarze leczniczym zbyt często, a niepotrzebnie. Odnosi się to szczególnie do niedowładu, opadnięć, przewlekłych nieżytów i przypadłości nerwowych. Żołądek leczyć należy albo dyetetycznie i wewnętrznie, albo w razie cierpień poważnych chirurgicznie. (85. Zjazd niem. lek. i przyr, Wiedeń, IX. 1913).

**O leczeniu olejkiem rącznikowym** zapalenia wyrostka robaczkowego wyraża się Sorge (Ther. Monatsh. 1913 str. 185) niepochlebnie. Z kilku historyi chorób, przytoczonych przez autora, okazuje się, że olejek rącznikowy może wywoływać ciężkie niebezpieczeństwa. Dlatego też S. jest tego zdania, że olejek rącznikowy może być podawany przy zapaleniu wyrostka tylko w zakładach, gdzie w razie wystąpienia groźniejszych objawów można zaraz operować. N.

**Benzol w przypadkach raka** próbował stosować Kiralyfi. Okazało się jednak, że wstrzykiwania benzolu niszczą tkankę rakową tylko ściśle miejscowo; w bezpośredniem już sąsiedztwie części zniszczonych buja ona dalej żywo. (Berl. klin. Woch. 1913, Nr 43). K.

**Wpędzanie powietrza** do jamy opłucnej po wypuszczeniu wysięków zaleca Schmidt. Wpływa to korzystnie na przebieg, wysięk często już się dalej nie zbiera i nie tworzą się zrosty. (86. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń IX. 1913). K.

**Przy przykurczeniach stawów** na tle gośćca, urazu lub trypra zaleca Lichtenstein elektryczne przegrzewanie z następowem uruchomianiem. Leczenie to jest przeciwwskazane przy gruźlicy stawu. (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń, IX. 1913). K.

**Wstrzykiwanie jałowej waseliny do stawów** zaleca Rovsing. Zabieg ten oddał mu cenne usługi przy suchych sprawach zapalnych przewlekłych. R. stosuje te wstrzykiwania także celem zapobieżenia tworzeniu się zrostów po nacięciach i przecięciach stawów, nawet przy gruźlicy. Należy wstrzykiwać ostrożnie i nie za dużo. (Hospitalst. 1913, Nr 31). K.

**Zwężenie przełyku** leczy Lotheisen sprężynowymi zgłębnikami teleskopowymi, tak, że można część następną wsuwać bez wyjmowania poprzedniej. (Sek. chirurg. 85. Zjazdu lek. niem. Wiedeń, IX. 1913). K.

**W sprawie pisania na maszynie** podaje Frankfurter następujące spostrzeżenia. Po chwilowym postępie następuje zawsze pewne zwolnienie w nauce. Gdy ręka prawa nabierze już wprawy, lewa nagle zaczyna również lepiej pisać. Poprzednia praca fizyczna zwiększa ilość błędów, podobnie picie mocnej kawy i alkoholu wywołuje zwolnienie szybkości pisania, natomiast brom działa korzystnie. (In. Dissert. Monachium 1912). K.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

**Posiedzenie z d. 4. IX. 1912.**

Przewodniczący Dr A. Jaworski. Sekretarz Dr B. Dziemski. Obecnych członków 14, gości 2.

1) Kol. Dziemski przedstawia preparaty mikroskopowe krwi, oraz preparat sekcyjny śledziony osobnika, który będąc chory na **białaczkę** zmarł wskutek przebieżnej dysenteryi. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na zmiany, jakie zaszły w stanie chorego z chwilą przyłączenia się dysenteryi do białaczki, mianowicie rozmiary śledziony zaczęły się szybko zmniejszać i jednocześnie stwierdzono znaczny spadek liczby leukocytów. Analogiczne zmiany u chorych na białaczkę wskutek przyłączenia się duru, ropnego zapalenia opłucnej, gruźlicy prosówkowej, grypy i posocznicy są znane w literaturze. Taki sam wpływ dysenteryi na białaczkę prelegent stwierdził w danym przypadku.

2) Kol. Czerwiński przedstawia: a) macicę wielkości głowy dorosłego człowieka, amputowaną nadpochwowo; na podłużnem przecięciu przedniej ściany widać ogromnych rozmiarów **włókniak podśluzowy** na szerokiej podstawie; b) **torbiel** jednokomorową lewej **małej wargi sromowej,** długości około 8 cm, grubości wielkiego palca, z nieznacznem przewężeniem w 2 miejscach, tak że wygląda, jak gdyby podzielona na 3 równe części. Torbiel ta wisiała na szerokiej nóżce, która wyglądała zupełnie podobnie do krezki jelit. Cały ten twór zajmował przestrzeń od podstawy łechtaczki aż do dolnego końca lewej dużej wargi sromowej. Nowotwór odcięto wzdłuż brzegu i po podwiązaniu jednego broczącego naczynia zeszyto szeregiem szwów węzełkowych.

3) Kol. Dobrucki przedstawia szereg preparatów **pęcherzyków żółciowych**, otrzymanych ostatnimi czasy drogą operacyjną.

4) Postanowiono na najbliższe posiedzenie Zarządu zaprosić byłego sekretarza Towarzystwa w celu ułożenia sprawozdania do druku za rok ubiegły.

5) Kol. Borsukiewicz i kol. Jasiński proponują na najbliższe posiedzenie omówienie sprawy leczenia dysenteryi. — Kol. Dobrucki uważa za celowe, aby ktoś z kolegów, ewentualnie wnioskodawcy, podjęli się zreferowania tej sprawy. — Kol. Dziemski uważa za właściwe uwzględnić w referacie nietylko leczenie, lecz i patogenezę dysenteryi.

Opracowanie powyższego referatu wzięli na siebie kol. Borsukiewicz i kol. Jasiński.

6) Przyjęto w poczet członków Towarzystwa kol. Modzelewską.

**Posiedzenie z d. 4. X. 1912.**

Przewodniczący Dr Dobrucki. Sekretarz Dr B. Dziemski. Obecnych członków 14, gości 2.

1) Kol. Dobrucki przedstawia dwóch chorych po **operacyi dróg żółciowych.**

2) Kol. Jasiński: **O etyologii dysenteryi.**

3) Kol. Borsukiewicz: **O leczeniu dysenteryi.**

Wobec spóźnionej pory dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia. Do głosu zapisali się kol.: Arnsztajn, Dobrucki, Dziemski, Klarner i Płaczkiewicz.

**Posiedzenie z d. 4. XI. 1912.**

Przewodniczący Dr Dobrucki. Sekretarz Dr B. Dziemski. Obecnych członków 14, gości 3.

1) Kol. Dobrucki przedstawia 2 preparaty **wyrostków robaczkowych** z wielkiemi zmianami anatomicznemi, wycięte u chorych, przedstawiających bardzo małe objawy kliniczne.

2) Kol. Gniazdowski przyjęty został jednomyślnie w poczet członków Towarzystwa.

3) Dyskusya nad referatami kol. Jasińskiego i kol. Borsukiewicza: **O etyologii i leczeniu dysenteryi.**

a) Kol. Arnsztajn mówi o trudnościach rozpoznawania dysenteryi na podstawie objawów klinicznych, przytacza przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, łudząco podobny do dysenteryi i wyraża zdanie, że zapalenie ślinianek przyusznych przy dysenteryi zawsze daje złe rokowanie. Przypuszczając istnienie ropnia podprzeponowego, stosuje mowca mocniejsze opukiwanie. Na leczenie surowicą zapatruje się sceptycznie, ponieważ nie otrzymał dodatnich wyników przy tej metodzie leczenia. Z leków aptecznych wzorem lekarzy francuskich stosuje wymiotnicę (ipecacuanha), przeciwko bólom zaleca czasami gorące okłady, powstrzymuje się w ostrym okresie od przemywań kiszki stolcowej, niekiedy w razach silnego krwawienia zaleca lód do kiszki stolcowej.

b) Kol. Dobrucki, nawiązując do przemówienia kol. Arnsztajna, zaznacza, że wgłobienia mogą dawać objawy, podobne do dysenteryi i przytacza przypadek wgłobienia, zależnego od polipowatości kiszki (colitis hypertrophica polyposa), który dawał objawy dysenteryi. W sprawie leczenia chirurgicznego dysenteryi wspomina o sposobie przepłukiwania całej kiszki grubej przez wyrostek robaczkowy. Mówiąc o powikłaniach dysenteryi, wyjaśnia, dlaczego należy przy ropniach podprzeponowych mocno opukiwać, zaś co do bakteryologii ropni wątroby stwierdza, że ropa ta nie zawiera wogóle bakteryi; wreszcie nadmienia, że w sferach podzwrotnikowych bywają bardzo częste ropnie wątroby po dysenteryi.

c) Kol. Dziemski różniczkuje odmiany rozmaitych bakteryi czerwonki na podstawie ich zachowania się względem podłóż kolorowych, zawierających lakmus i różne węglowodany, zastrzegając się, że metoda ta daje wyniki dość zmienne. Większe znaczenie rozpoznawcze przedstawia ta okoliczność, że bakterye typu Shiga-Kruse nie wytwarzają indolu, natomiast wszystkie inne bakterye czerwonki, zarówno typu Flexnera, jak Hissa i Russela, dają wyraźny odczyn indolowy. Bakterye typu Shiga-Kruse wywołują toksyczną formę biegunki krwawej i surowica Shigi zawierająca swoiste antytoksyny, a zastosowana we właściwym czasie, t. j. w okresie wczesnym, daje wyniki dodatnie w tej mierze, co i surowica przeciwbłonicza, stosowana we właściwych przypadkach. Pozostałe odmiany bakteryi czerwonki nie wydzielają rozpuszczalnych jadów, różnią się zatem zasadniczo od typu Shiga-Kruse. Wobec tych różnic biologicznych pomiędzy rozmaitemi odmianami bakteryi dysenteryi, jasną jest rzeczą, że dodatni wynik seroterapii nastąpić może tylko przy racyonalnem stosowaniu tej metody, t. j. po poprzedniem bakteryologicznem badaniu stolców. W handlu prócz surowicy Shigi znajduje się jeszcze surowica Gaya, zalecana przy zakażeniu bakteryami typu Flexnera; są też surowice wielowartościowe, t. j. przedstawiające mieszaninę surowic otrzymywanych z paru koni, z których każdy został uodporniony inną odmianą bakteryi. Surowice te co do skuteczności nie mogą się równać z surowicą Shigi i wpływ ich sprowadza się głównie do tamowania krwawień. Dawka surowicy Shigi wyrobu fabryki w Höchst w lekkich przypadkach wynosi 80—100 cm³ (podług Georga Jochmana) dla dorosłej osoby; surowicy wielowartościowej należałoby zatem wstrzyknąć przynajmniej 2—3 razy tyle. Najwłaściwiej wstrzykiwać dostateczną ilość surowicy jednorazowo. Kol. Dziemski w niezbyt ciężkich przypadkach nie stosuje wcale surowicy przeciwczerwonkowej. W jednym bardzo ciężkim przypadku, trwającym kilkanaście dni, po wstrzyknięciu surowicy Shigi z fabryki w Höchst zauważył polepszenie w ciągu pierwszych 24 godzin, a mianowicie zniknięcie krwi ze stolców, ustąpienie bólów i wzdęcia i zmniejszenie ilości wypróżnień. Makowca, jako środka zmniejszającego fagocytozę, kol. Dziemski unika, przemywań w ostrych przypadkach nie zaleca nigdy. Podaje laktobacylinę z cukrem mlecznym co 2 godziny po parę łyżek. W sprawie rozpoznania pewną trudność nastręczyć może wgłobienie, zwłaszcza w okresie zgorzeli wpochwionej części, kiedy prócz krwawych stolców wprowadza w błąd cuchnienie gnilne. Co do powikłań czerwonki w postaci ropnia wątroby wyraża kol. Dziemski przypuszczenie, że ropienie to powstaje wskutek wtórnego zakażenia owrzodzeń kiszki grubej bakteryami ropnemi, skąd drogą żyły wrotnej bakterye przedostają się do wątroby. Zapalenie ślinianek w przebiegu czerwonki również powstaje drogą zakażenia wtórnego z jamy ustnej, jak to się zdarza i w innych chorobach zakaźnych.

d) Kol. Klarner zaznacza, że znane są w piśmiennictwie przypadki wykrycia w ropniach poczerwonkowych wątroby paciorkowców pochłoniętych przez ameby. Kol. Klarner jest zwolennikiem leczenia czerwonki surowicą, wyraża przytem życzenie, aby unormować dawkowanie, ponieważ różne pracownie dają różne ilości surowicy. Z leków aptecznych stosuje chętnie tannigen, który wywiera działanie dopiero po przejściu z żołądka do jelit, natomiast oświadcza się stanowczo przeciwko stosowaniu przy czerwonce wymiotnicy.

e) Kol. Płaczkiewicz spostrzegał 18 chorych na dysenteryę, stosując 20—30 cm³ surowicy, przeważnie 4—5. dnia choroby. Z 15 chorych leczonych surowicą zmarło 3; z 3 chorych leczonych bez surowicy nie umarł żaden. Badania bakteryologicznego w żadnym przypadku nie dokonano, wobec czego pozostaje niewiadomem, czy stosowanie surowicy miało racyonalną podstawę.

f) Kol. Cynberg, stosując w początkach choroby olej rącznikowy, zauważył, że obfite wypróżnienia dają dobre rokowanie, skąpe zaś wypróżnienia dają złe rokowanie. Co do działania surowicy przeciwczerwonkowej, widywał dodatnie wyniki u dzieci do lat 3, powyżej tego wieku nie miewał żadnych wyników.

g) Kol. Staniszewski mówi o przypadku zatrzymania moczu, jako o powikłaniu czerwonki.

h) Kol. Jasiński w przemówieniu końcowem podkreśla jeszcze raz znaczenie badania bakteryologicznego dla rozpoznania i leczenia czerwonki zapomocą surowicy. Surowica przeciwczerwonkowa ma przyszłość jako »par excellence« antytoksyczna. Różniczkowe jednak rozpoznanie lasecznika Shiga-Kruse od lasecznika typu Flexnera jest trudne; najpewniejsze dane daje aglutynacya. Odczyn indolowy, zdaniem kol. Jasińskiego, nie ma znaczenia.

i) Kol. Borsukiewicz w zakończeniu dyskusyi odpowiada kol. Dobruckiemu i innym biorącym udział w dyskusyi, że w znacznej części dyskusya toczyła się nie na temat, mianowicie o powikłaniach dysenteryi i o przewlekłej dysenteryi; kol. Arnsztajnowi i kol. Płaczkiewiczowi, że sceptyczny pogląd ich na działanie surowicy tłomaczy sobie tem, iż koledzy ci nie trafili na odpowiednie przypadki bakteryjne; wśród przypadków prelegenta było także parę mniej pomyślnych; słabą stroną stosowania surowicy jest

brak badania bakteryologicznego przynajmniej w niektórych seryach przypadków. Kol. Dziemskiemu odpowiada, że pomimo zasadniczej dążności nie możemy zawsze określić odrazu ilości surowicy potrzebnej dla danego przypadku i analogicznie do leczenia błonicy zmuszeni jesteśmy do ponowienia wstrzykiwań w pierwszych dniach i że dopiero po 10 dniach leczenia surowicą należy obawiać się objawów anafilaktycznych. Mowca nie zgadza się z oponentem na usunięcie z leczenia dysenteryi makowca, gdyż ten środek zmniejsza bóle i ruch robaczkowy jelit. Gdy makowiec nie usunie tych dolegliwości, uważa za pożyteczne zastosowanie niekiedy morfiny. Nie zgadza się z kol. Klarnerem na pominięcie wymiotnicy w leczeniu czerwonki.

k) Kol. Dobrucki, jako przewodniczący zebrania, wyraża podziękowanie prelegentom za inicyatywę i trud w opracowaniu tematu, zaznacza przytem, że dobrze się stało, iż w dyskusyi uwzględniono zarówno powikłania czerwonki, jak przebieg przewlekły tej choroby. B. Dziemski.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Towarzystwo »Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.« miało w r. 1912/13 członków 457, dochodu 5477 kor., rozchodu 3119 kor. Za pośrednictwem Towarzystwa nabyli słuchacze medycyny na dogodnych warunkach dzieł lekarskich za przeszło 6600 kor., przyczem Towarzystwo osiągnęło 428 kor. zysku. Biblioteka zwiększyła się przez zakupy i dary o 73 dzieła, nie licząc kilkunastu tomów czasopism, ofiarowanych przez redakcye bezpłatnie. Towarzystwo wydało »Tablice do analizy jakościowej«, zestawione przez Dr J. Robla i drugie wydanie skryptów »Histologii ogólnej« według wykładów prof. Maziarskiego. Odczytów urządzono dwa; w łonie Towarzystwa powstało kółko, zbierające się dla omawiania referatów z nauk lekarskich. Sprawa złączenia się Towarzystwa z »Bratnią pomocą medyków« była w toku, nie została jednak jeszcze zakończona. Prezesem Towarzystwa był p. Stryjeński, kuratorem prof. Dr Rosner.

— Towarzystwo młodzieży rusko-ukraińskiej »Medyczna hromada« we Lwowie miało w r. 1912/13 członków 72, dochodu 1059 kor., rozchodu 1013 kor., funduszu sanatoryalnego 777 kor. Inwentarz sanatoryum (o 12 łóżkach) przedstawiał wartość 3167 koron.

**Warszawa.** Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 4. VI. 1913 znajdowały się m. i. następujące komunikaty: 1) St. Serkowski: »Bacillus putrificus nov. spec.«. 2) Simchowicz: »Przyczynek do doświadczalnie wywoływanych zmian troficznych w zatruciu tyreoidyną«, a na posiedzeniu Wydziału II. w d. 5. VI. 1913 komunikaty: 1) M. Trzcińska: »Objawy pletysmograficzne podczas pracy umysłowej«. 2) J. Zając: »Badania przestrzenności widzianej. Położenie punktów podwójnych«.

— Dla uczczenia pamięci ojca złożyły dzieci ś. p. Feliksa Brudzińskiego na ręce p. Zofii Rządziny 5000 rb. na wydanie dzieła zbiorowego z zakresu pedyatryi.

— P. Hortensya Lewentalowa ofiarowała 5000 rb. na budowę drugiego skrzydła sanatoryum w Rudce.

— P. Emil Repphan ofiarował 300.000 rubli na budowę szpitala w Kaliszu.

**Poznań.** Program uroczystości jubileuszowej »Nowin lekarskich« jest następujący: W sobotę 13. XII. o 5 popołudniu uroczyste posiedzenie w sali Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk. Po zagajeniu i wyborze prezesów honorowych nastąpią przemówienia delegatów i redaktora »Nowin«, a potem wykłady: 1) Prof. Wrzoska: »Lekarze wielkopolscy«. 2) Prof. Godlewskiego: »Pogląd na właściwości twórcze materyi żywej«. O godz. 9 wspólna wieczerza w Hotelu Francuskim. W niedzielę 14. XII. 1913 od 9—12 rano zwiedzenie zakładu SS. Miłosierdzia, sanatoryum SS. Elżbietanek, szpitalika dziecięcego im. św. Józefa, kliniki ocznej radcy Wicherkiewicza i zbiorów przyrodniczych muzeum im. Mielżyńskich, o 12 w poł. posiedzenie naukowe, poprzedzone demonstracyą Dr Heryngа własnej metody prześwietlania tkanek i narządów. Na posiedzeniu odbędą się wykłady: 1) Prof. Wicherkiewicza: »O jaskrze zwykłej i jej leczeniu«. 2) Dr Rzętkowskiego: »O niedomodze mięśnia sercowego«. 3) Doc. Janowskiego: »Parę uwag praktycznych z powodu wyników badania ciśnienia krwi w stwardnieniu naczyń i zapaleniu nerek«. O godz. $5^1/_2$ zwiedzenie zakładu ortopedycznego im. Gąsiorowskiego, o g. 8 przedstawienie w teatrze polskim, poczem herbata w »Domu przemysłowym«. W poniedziałek 15. XII. 1913 zwiedzenie osobliwości miasta, popołudniu wycieczki zamiejskie.

**Z różnych stron.** Egzamina lekarskie złożyło w Kijowie we wrześniu b. r. 41 Polaków, w tej liczbie 10 absolwentów Uniwersytetu Jagiellońskiego i lwowskiego.

**Zmarli:** Dr Edward Karnicki w 75 r. ż. w Petersburgu; Dr Franciszek Trybulec, lekarz miejski w Przemyślu, w 55 r. ż.

**Redakcya otrzymała:** Dębiński: Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania. (Gaz. lek. 1913). — Dębiński i Tuz: Próby odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny. (Gaz. lek. 1913).

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**